FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 73

TRAITEMENT
DE
L'ONGLE INCARNÉ

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27 JUIN 1887

PAR

HENRI ÉDOUARD BENON
AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE
Né le 22 Janvier 1861, à Rochefort (Charente-Inférieure).

	MM.	
Noms des Examinateurs	DEMONS, Professeur,	*Président.*
	MASSE, Professeur,	*Juges.*
	PIÉCHAUD, Agrégé,	
	DENUCÉ, Agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD
91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 73

TRAITEMENT
DE
L'ONGLE INCARNÉ

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27 JUIN 1887

PAR

HENRI ÉDOUARD BENON
AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE
Né le 22 Janvier 1861, à Rochefort (Charente-Inférieure).

MM.

Noms des Examinateurs :
- DEMONS, Professeur, — *Président.*
- MASSE, Professeur,
- PIÉCHAUD, Agrégé, — *Juges.*
- DENUCÉ, Agrégé,

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD
91, Rue Porte-Dijeaux, 91
1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ . . Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ . . . . . | Professeurs honoraires.
BITOT. . . . . |
MICÉ. . . . . |

	Messieurs
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	LANDE. ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	DUDON. BOURSIER. PILCHAUD. LAGRANGE. POUSSON DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie et Physiologie	PLANTEAU. FERRÉ.
Histoire naturelle	NABIAS.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGES
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf. MM. NÉGRIÉ | Maladies vénériennes. MM. VENOT.
Clinique chir. des enf. N. | Maladies mentales. . . N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements. LEFOUR, agrégé. | Chimie. . . . . CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUPLOÜY

Directeur du service de santé de la Marine;
Officier de la Légion d'honneur;
Officier de l'Instruction Publique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHARD

Médecin de première classe de la Marine;
Professeur d'Histologie.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

Professeur de Clinique chirurgicale;
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

M. le Dr Rochard, médecin de première classe de la marine, pratiquait au commencement du mois d'avril de cette année, dans le service chirurgical de l'hôpital maritime de Rochefort, l'opération de l'ongle incarné suivant la méthode de M. Quénu, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Ce procédé opératoire nouveau, qu'il avait vu employer à Paris, dans le service de M. Reclus, obtint les meilleurs résultats.

M. le Dr Duploüy, directeur du service de santé de la marine et M. le Dr Rochard, nous engagèrent à prendre ce moyen curatif de l'onyxis comme sujet de notre thèse inaugurale. Nous acceptâmes avec empressement sachant bien, qu'il n'existe pas en chirurgie de question infime, indigne de l'intérêt de tout praticien.

Mais notre temps était très limité, et nous n'avons pu

nous lancer dans les recherches nombreuses que nous aurions désiré faire ; aussi, demandons-nous à nos juges toute leur indulgence pour un travail aussi incomplet que celui que nous leur soumettons.

Nous avons divisé notre travail en trois chapitres :

Dans le premier nous étudions les limites de la matrice de l'ongle.

Dans le deuxième, nous passons en revue les principaux procédés de traitement de l'ongle incarné.

Dans le troisième, nous nous livrons à des considérations générales sur les moyens curatifs que nous avons examinés.

Qu'il nous soit permis, avant de commencer l'étude de notre sujet, de prier notre directeur du service de santé de la marine, M. le Dr Duplouy et M. le Dr Rochard, médecin de 1re classe de la marine, de vouloir bien accepter nos remerciements et l'expression de notre sincère reconnaissance.

Nous prions également M. le Dr Demons, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, de recevoir tous nos remerciements.

TRAITEMENT

DE

L'ONGLE INCARNÉ

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

CHAPITRE PREMIER

Étude sur la matrice de l'ongle.

La première question qui se pose, et doit se poser à notre esprit, avant d'aborder l'étude du traitement de l'ongle incarné, est de savoir quelle est la partie génératrice de la substance cornée, quelle est celle qui mérite réellement le nom de matrice de l'ongle.

C'est là un point d'anatomie, qui, hier encore très controversé, vient désormais d'être élucidé, grâce aux expériences de M. Quénu. Si les histologistes ne s'entendent pas sur ce point, tous les chirurgiens sont du moins d'accord sur l'utilité de détruire tout ce qui est matrice d'ongle : « S'attarder à » l'emploi des méthodes qui la respectent, comme le dit

» justement M. le Dentu, dans le dictionnaire de Jaccoud, » c'est s'exposer à lasser la patience des malades et à rendre » les récidives à peu près inévitables. »

L'ongle présente à considérer deux parties, une partie produite ou ongle proprement dit, et son organe producteur. Ces deux parties sont étroitement unies; entre elles existent des connexions si étroites que la destruction de la dernière entraîne fatalement la disparition de la première.

L'ongle proprement dit est enchâssé dans le derme, qui revêt la face dorsale de la dernière phalange des doigts et des orteils. A peu près translucide dans sa portion libre, il présente une teinte rosée dans sa partie moyenne; sa partie postérieure est opaline au delà d'une ligne régulièrement courbe et convexe en avant, se perdant de chaque côté sous le repli cutané, après avoir circonscrit ce que l'on appelle la lunule de l'ongle.

Les anatomistes ne s'entendent pas pour les limites de la racine de l'ongle. Pour la plupart, la racine correspondrait à la partie moyenne du repli cutané formant la gouttière unguéale; pour d'autres, parmi lesquels Arloing, la racine de l'ongle se prolongerait en avant jusqu'au bord antérieur de la lunule.

L'ongle peut être décomposé en deux couches distinctes, l'une superficielle ou cornée, l'autre profonde ou muqueuse. La couche cornée se compose de cellules qui ne laissent voir leur noyau qu'après addition d'une solution de potasse ou de soude, ou qu'après avoir été traitées par un acide minéral.

Ces cellules, aplaties à la surface de l'ongle, présentent, au voisinage de la couche muqueuse, les caractères du stratum lucidum de l'épiderme.

La couche muqueuse, moins épaisse que la précédente, molle, blanchâtre, est constituée par plusieurs couches de cellules

dont la plus profonde présente des connexions intimes avec le derme unguéal.

L'organe producteur de l'ongle est constitué par le derme unguéal, auquel on considère trois portions désignées sous les noms de derme sus-unguéal, rainure unguéale et derme sous-unguéal.

Le derme sus-unguéal est très riche en vaisseaux lymphatiques, ce qui explique la fréquence des lymphangites à la suite des excoriations dont cette région est si souvent le siège. Sa face interne présente, suivant certains histologistes, des papilles d'une petitesse remarquable ; pour d'autres, et Arloing parmi eux, les papilles n'existent pas, ce qui concorde avec la fonction génératrice du pli unguéal, toutes les régions ayant rôle de matrice en étant réellement dépourvues.

La rainure unguéale suit très exactement le contour de l'ongle et en représente le moule. Des papilles petites en assez grand nombre s'y rencontrent à partir du bord antérieur de la lunule.

Le derme sous-unguéal, extrémement vasculaire, fortement adhérent au périoste de la phalange par des bandes résistantes de tissu fibreux, offre une teinte blanche au niveau de la lunule, rouge dans le reste de son étendue. Il présente de nombreuses crêtes lougitudinales, au sommet desquelles se trouvent de petits prolongements papillaires. Les crêtes sont à peine accentuées sur la lunule. On ne ren contre pas de papilles à ce niveau. Ce fait apporte un argument de plus en faveur de la théorie d'Arloing.

Tel est, en quelques mots, l'organe producteur de l'ongle. Reste à savoir si l'ongle est produit par la derme sous-unguéal tout entier, ou si une portion seulement de celui-ci constitue la véritable matrice.

Si nous consultons Kolliker, nous voyons que, pour lui, la

transformation des cellules de la couche muqueuse en éléments cornés « a lieu (nous citons ses paroles), sur tous les » points où les deux couches sont en contact : en d'autres » termes, sur toute la face inférieure de l'ongle (à l'exception » de son bord antérieur ou libre), et le long du bord postérieur de la racine »; mais ce sont, ajoute-t-il, les diverses parties de la racine qui croissent le plus rapidement.

Morel émet absolument la même opinion : L'accroissement en longueur se fait aux dépens des cellules de la rainure postérieure, tandis que l'ongle augmente d'épaisseur par suite de la végétation active des cellules de la couche muqueuse qui revêt tout le derme unguéal; « mais, dit-il, il est à remarquer » que l'accroissement en longueur l'emporte de beaucoup » sur l'autre. » Cornil, Ranvier, Sappey, se rallient également à cette théorie.

Nous devons dire du reste avec M. Quénu « que la plupart » des histologistes français admettent que les cellules du lit » concourent à renforcer l'ongle par sa surface inférieure. »

« L'adhérence qui existe entre l'ongle et son lit, dit Rind- » fleisch, permet de conclure que très probablement les » cellules du lit contribuent aussi, quoique faiblement, à » épaissir l'ongle; mais ce fait n'est nullement prouvé et » Henle le nie complètement. » Henle n'est pas le seul de son avis; mais il faut bien dire que les histologistes qui pensent comme lui sont bien peu nombreux.

Nous pouvons cependant citer Reichert, Ammon, Anna, Hutchinson, M. Arloing, qui affirment qu'à partir du bord antérieur de la lunule, les cellules ne sécrètent pas l'ongle : la preuve en est, dit M. Arloing, dans le n° 16 de la *Semaine médicale* de cette année (Société de Chirurgie), que, « si la » matrice entière sécrétait de l'ongle, la partie antérieure de » cet ongle devrait se trouver plus épaisse que la postérieure,

» de toutes les couches surajoutées d'arrière en avant, au fur » et à mesure de la poussée. »

Dans la même séance de la Société de Chirurgie, M. Desprès déclare qu'il admet absolument la théorie de la reproduction de l'ongle par la partie postérieure seule. Il s'appuie sur ce fait, qu'il a vu des convalescents de pneumonie dont les ongles présentaient ce caractère particulier d'être divisés, séparés en deux parties par un sillon transversal siégeant au niveau du bord antérieur de la lunule. « Cette cassure, dit-il, » prouve que l'ongle à un moment donné a cessé d'être nourri » par sa partie postérieure et que c'est de cette partie postérieure qu'il provient. »

M. Quénu. par une expérience bien simple, tranche enfin cette question d'une façon tout à fait concluante. Il arrache un ongle, enlève la région lunulaire et excise le bord de la gouttière rétro-unguéale. L'ongle ne se reproduit pas, ce qui, au contraire, arriverait fatalement, si toute la surface du derme secrétait le limbe cornéal.

Au bout de quelques jours le lit de l'ongle se recouvre, dans son entier, d'une couche de lamelles cornées de nature épidermique. Ces lamelles, traitées par une solution de potasse, dissociées dans de l'eau distillée et enfin colorées, se présentent, sous le champ du microscope, composées de cellules minces, polyédriques, à peine colorées par les réactifs, et sans trace de noyau.

Nous savons que les cellules de l'ongle, traitées par le même procédé, présentent une forme sphérique et les vestiges d'un noyau dans leur intérieur. « Ce dernier caractère, « dit M. Ranvier, suffirait à distinguer les cellules unguéales « de celles qui forment la couche cornée de l'épiderme. »

CHAPITRE II

Traitement.

On peut s'étonner, au premier abord, de la multiplicité des moyens employés pour le traitement de l'ongle incarné, du grand nombre de procédés opératoires qui ont été imaginés contre cette affection. « Il est peu de maladies chirurgicales « pour lesquelles autant de traitements locaux aient été pro- « posés. J'en ai compté, disait Gosselin en 1873, jusqu'à « soixante-quinze, qui ont tous été conseillés par des chirur- « giens honorables, et ont été inspirés par le désir de pré- « server les sujets de la récidive. »

Comment une maladie, en apparence si légère, simple incommodité dans la plupart des cas, a-t-elle eu le privilège d'exercer à un tel point la sagacité des chirurgiens tant anciens que modernes? On s'en rend facilement compte, quand on pense à la fréquence de cette lésion, à sa ténacité, aux douleurs parfois atroces qu'elle procure à celui qui en est atteint, à l'embarras et à l'ennui qu'elle suscite parfois au chirurgien. « Cette lésion devient parfois si pénible, dit Patis-

« sier, que nous avons vu des malades réclamer l'amputation « de l'orteil, afin de prévenir le retour du mal pour lequel on « les avait déjà fait souffrir bien des fois inutilement. »

Si les moyens curatifs qu'on oppose à l'ongle incarné sont si nombreux, c'est dû aussi en grande partie aux idées exclusives que quelques chirurgiens se sont faites sur la production de l'ongle incarné.

Pour les uns, ce sont les chairs qui sont la cause de tout le mal. Ce sont elles qui sont venues s'implanter dans les bords de l'ongle. Aussi s'efforcent-ils, par tous les moyens possibles, de combattre l'inflammation des parties molles, pour leur rendre leurs rapports primitifs avec l'ongle.

Pour d'autres, l'ongle seul est coupable; les chairs ne jouent aucun rôle actif dans l'incarnation. Ils accusent l'ongle de s'être développé d'une façon anormale, et d'avoir ainsi déterminé tous les accidents. Aussi, est-ce à lui qu'ils s'attaquent; ils l'arrachent soit en partie, soit en totalité. Mais l'ongle repousse, et avec lui les mêmes accidents se reproduisent presque toujours, et nécessitent de nouveau l'intervention chirurgicale.

C'est pour éviter ces récidives, que de nombreux chirurgiens, au lieu de s'en prendre exclusivement aux tissus fongueux, ou à l'ongle seul, se sont adressés à la partie génératrice de l'ongle, à sa matrice, détruisant ainsi l'effet dans la cause première.

Le grand nombre de procédés opératoires qui existent pour traiter l'ongle incarné a suggéré, depuis longtemps, l'idée de les classer, de les coordonner, afin qu'on pût se reconnaître un peu dans ce véritable labyrinthe.

Velpeau avec Nélaton les partagent en trois catégories : 1° ceux qui agissent sur l'ongle par rétrécissement ou soulèvement; 2° ceux qui aboutissent à la destruction des fongo-

sités; 3 ceux qui ont pour but la destruction partielle ou totale de l'ongle.

Gosselin les divise en trois grandes méthodes : 1° méthode de pansements; 2° méthode d'arrachement simple; 3° méthode comprenant toutes les opérations complexes.

D'autres auteurs les rangent en deux grandes classes : 1° procédés palliatifs; 2° procédés curatifs.

A toutes ces classifications, nous préférons celle-ci, qui nous paraît mieux grouper les différents procédés que nous allons passer en revue.

Nous en faisons trois grandes classes :

Dans la première, nous plaçons ceux qui agissent sur l'ongle seul.

Dans la deuxième, ceux qui ont pour but la destruction des fongosités.

Dans la troisième, ceux qui ont pour but la destruction combinée de l'ongle et des parties molles.

1° **Procédés agissant sur l'ongle seul.**

Nous citerons tout d'abord ce procédé si simple, employé de tout temps, qui consiste à placer au-dessous de la portion décollée de l'ongle, et entre son bord et les fongosités, un corps souple : charpie, ouate et amadou. Bonnet, de Lyon, préconisa l'éponge préparée pour remplacer ces différents corps.

Pour obtenir le même résultat, c'est-à-dire, pour soulever le bord incarné de l'ongle, Desault et Boyer se servaient, le premier, d'une lame de fer-blanc; le second, d'une lame de plomb, qu'ils introduisaient entre le bord de l'ongle et les

chairs ulcérées, et ramenaient en la recourbant vers la face plantaire de l'orteil. Boyer ne plaçait sa lame de plomb qu'après avoir écarté insensiblement l'ongle de la chair par le tamponnement pratiqué avec de la charpie râpée, ce que ne faisait pas Desault. Il faut, dit Boyer. « augmenter la char-« pie à chaque pansement; enfin, soulever le bord de l'ongle « qui était couvert par la chair avec le bout d'une spatule, et « placer dessous une lame de plomb. L'ongle croît alors sur « la lame, et lorsqu'il est parvenu à couvrir la chair, le malade « est guéri. »

En 1837, Labarraque publia la description d'un petit appareil qui fut préconisé par Velpeau dans ses éléments de médecine opératoire. Il consiste en une petite lame de fer-blanc, recourbée à une de ses extrémités, de manière à y former une petite gouttière dans laquelle on engage le bord de l'ongle. A peu de distance de cette gouttière, se trouvent deux échancrures, qui encochent les bords de la lame. La gouttière, une fois mise en place, en dirige l'autre extrémité de la lame vers le bord de l'orteil opposé à l'ulcération en la faisant passer au-dessus de l'ongle. Une bandelette de diachylon, qu'un fil engagé dans les deux encoches latérales de la lame fixe solidement au petit appareil, est enroulée autour de l'orteil de manière à maintenir le tout en place.

M. Huet, en 1863, faisait paraître dans l'*Union médicale* un article traitant de l'ongle incarné. Il propose, lui aussi, le soulèvement du bord entrant dans les chairs : Il conseille de ramollir l'ongle et les chairs pendant une quinzaine de jours au moyen de cataplasmes. Ceci fait, on introduit l'extrémité d'une des branches d'une pince sous l'ongle malade, vers le point où il pénètre dans les chairs. On la pousse avec douceur un peu au delà de la partie incarnée; on ferme alors la pince et on lui imprime un mouvement de rotation de façon

à faire sortir la portion incarnée hors des chairs. Il ne reste plus alors qu'à maintenir étalée cette partie de l'ongle sur le bourrelet fongueux, qui lui servira désormais de coussin.

Certains chirurgiens ont cherché la guérison dans le rétrécissement de la surface unguéale, dans le retrait des bords de l'ongle vers le centre de la lame cornée. C'est ainsi que Dionis râclait l'ongle tous les mois en son milieu avec un fragment de verre et diminuait ainsi graduellement son épaisseur : « L'ongle étant affaibli ainsi dans son milieu », dit-il, « les deux côtés s'approchent du centre et s'éloignent « alors des chairs, et de plus la nourriture de l'ongle est « employée à réparer ce que le verre en a ôté, et non pas à « l'accroître par les côtés, ce qui l'empêche de blesser les « chairs voisines. »

Biessi modifiait le procédé de Dionis en cautérisant avec le nitrate d'argent la partie amincie par le fragment de verre.

Pour Moreau de Tours on pourrait obtenir un résultat sérieux en promenant, d'arrière en avant, sur la face convexe de l'ongle, la queue d'une cuiller d'argent portée à une température de 60 à 70 degrés, le bord incarné ayant été soulevé préalablement avec une plaque de corne.

Faye excisait un V de la substance cornée à sa partie libre et rapprochait les bords de la section au moyen d'un fil et et d'un petit garot.

De petits appareils spéciaux, plus ou moins compliqués, ont été inventés dans le but de rapprocher l'un de l'autre les bords de l'ongle et d'éloigner ainsi des chairs la partie incarnée. C'est ainsi que Grabowski et Vésigné employaient deux petites plaques métalliques, munies d'un crochet à leur bord externe, articulées à charnière par leur bord interne. Les crochets étaient engagés sous les bords de l'ongle. On augmentait progressivement la convexité de la lame cornée au moyen

d'une vis correspondant à la charnière reliant les deux plaques.

Certains chirurgiens sont allés plus loin et ont arraché l'ongle complètement. Mais ici encore différentes méthodes se trouvent en présence. Fabrice d'Aquapendente isolait l'ongle de la chair, coupait une portion de l'ongle jusqu'au point où elle adhérait aux tissus, et l'arrachait sans user de violence.

Il recommençait les jours suivants jusqu'à extraction complète de la partie incarnée. C'est, du reste, ce que faisait Dionis, mais en une seule séance, lorsqu'il se trouvait en présence d'une incarnation déjà ancienne.

Guilmot coupait entièrement l'angle interne de l'ongle suivant une diagonale tirée du milieu du bord antérieur au milieu du bord interne, et répétait fréquemment cette petite opération. Cette façon d'agir lui était dictée par sa théorie, qui voulait que ce fût toujours le bord externe de l'ongle qui s'incarnât, ce qu'il attribuait à l'empeigne de la chaussure qui, pressant, selon lui, contre l'angle interne de l'ongle, devait repousser l'ongle tout entier en dehors, et enfoncer dans les chairs son bord externe.

Blaquière fendait l'ongle jusqu'à la racine avec un bistouri, puis en arrachait le tiers malade avec une pince. Avant de le fendre, il l'amincissait en le raclant avec un canif ou un éclat de verre.

Passons maintenant aux méthodes qui consistent à arracher l'ongle en totalité. Nous trouvons, en première ligne, le procédé de Dupuytren encore fort en honneur de nos jours. Il engageait, sous la partie moyenne du bord libre de l'ongle, la pointe d'une branche de ciseaux droits, pointus et bien tranchants. Puis il la faisait glisser brusquement d'avant en arrière, jusqu'à ce qu'elle pénétrât à deux lignes au moins au delà de la portion visible de l'ongle, lequel était divisé d'un

seul coup en deux moitiés à peu près égales. Saisissant alors avec une forte pince à disséquer l'une des deux moitiés, il l'arrachait en la roulant sur elle-même de dedans en dehors; il en faisait autant pour la seconde moitié.

Larrey faisait la même opération que Dupuytren, mais à l'envers pour ainsi dire. Il incisait avec le bistouri un peu en arrière de la racine de l'ongle, passait sur la partie moyenne pour ressortir au bord libre, puis pratiquait l'extraction avec des pinces.

Long et Néret remplacent le bistouri et la pince par la spatule; mais ils n'ont pas le même mode opératoire. Long soulève doucement avec l'extrémité de l'instrument la peau qui recouvre la racine de l'ongle. Parvenu vers son bord postérieur, il exécute un rapide mouvement de bascule de manière que la spatule vienne former un angle très aigu avec l'orteil malade et que son extrémité se trouve engagée sous l'ongle. Puis faisant avancer de vive force la spatule sous toute la longueur de l'ongle, on en produit tout à la fois le décollement et l'avulsion. Néret glisse la spatule d'avant en arrière sous l'ongle et le décolle par des mouvements de rotation de l'instrument sur son axe.

2° **Procédés ayant pour but la destruction des fongosités.**

Certains chirurgiens, considérant l'ongle comme complètement passif, ont vu dans le refoulement des chairs la seule cause de la maladie. Pour détruire le bourrelet fongueux, les uns se sont servi du bistouri ; d'autres ont employé les caustiques ; d'autres enfin ont usé en même temps et du bistouri et des caustiques.

C'est ainsi que nous voyons Paul d'Egine, dans son article intitulé : *De unguium pterygiis,* recommander de soulever l'ongle avec un stylet, et d'appliquer des caustiques sur les chairs fongueuses. Si ce moyen ne réussit pas, il conseille alors d'exciser les chairs et de compléter la guérison par l'application des caustiques.

Ambroise Paré, imité depuis par Brachet, Gandret et Lisfranc, dit qu'il faut « couper entièrement les chairs, là où la « portion d'ongle se cache ; ce que j'ai fait souvent, ajoute-« t-il avec bonne issue. » Gerdy, également partisan de ce procédé, va jusqu'à dire qu'il ne faut pas hésiter à porter le tranchant jusqu'au périoste.

En 1862 paraissait, dans la *Gazette des hôpitaux,* le procédé de Guyon, qui consiste à pratiquer à chaque extrémité du bourrelet fongueux deux incisions transversales. Ces deux incisions doivent être assez profondes et assez étendues pour permettre de le renverser aisément, et de mettre à nu le fond de l'ulcération. On pratique alors sur la face de l'orteil correspondante au côté incarné une autre incision longitudinale, qui réunit les deux premières. Cette troisième incision, plus ou moins profonde, doit cependant l'être toujours assez pour aviver complètement la face inférieure du lambeau quadrilatère dès lors formé, lambeau dont la base correspond au bord de l'ongle incarné, et le bord libre au niveau de l'incision longitudinale, tandis que la face supérieure est formée par la portion cutanée et ulcérée.

Le sillon cutané où siège l'ulcération est alors largement étalé, et présente à ce moment une surface plane ; mais pour que la forme normale soit rendue, un dernier temps est encore nécessaire. Le chirurgien excise sur la base de l'orteil correspondante à l'incarnation un coppeau de parties molles de profondeur variable, selon l'étendue du déplace-

ment qu'il juge nécessaire d'imprimer au lambeau. Celui-ci, appliqué dans cette partie de substance, est non seulement étalé de manière à ce que la portion ulcérée soit aussi entièrement mise à nu, mais aussi de façon à ce que, grâce à ce déplacement, le lambeau soit situé de telle manière que le niveau des chairs ne dépasse pas celui de l'ongle, qui se trouve ainsi complètement dégagé. Ceci fait, il ne reste plus qu'à chercher à obtenir la réunion, par première intention, au moyen de bandelettes de diachylon.

Gaillard excise les chairs exubérantes, puis applique un petit appareil en diachylon qui tend à éloigner les chairs du bord tranchant de l'ongle, tout en les déprimant.

Un autre procédé, pratiquépar Leroy d'Etiolles, consiste à faire une incision sur le côté mdalade de l'orteil. Il le traverse d'avant en arrière, enlève du lambeau ainsi taillé toute la partie malade, et cherche à obtenir la réunion par première intention.

La destruction du bourrelet fongueux par les caustiques déjà recommandée par Paul d'Egine, par Albucasis et par Wanderback, l'a été plus récemment par Levrat-Perroton, Séné, Beduchet, Pointier. La potasse caustique, le nitrate d'argent, l'acide nitrique, le nitrate de plomb, le perchlorure de fer (nous ne citons que les principaux agents caustiques), ont été également employés. Moreau se servait d'alun à la place des véritables caustiques.

En 1880, M. Monod publiait dans l'*Union médicale* un article au sujet du traitement de l'ongle incarné par le nitrate d'argent. Après avoir mouillé au préalable les parties malades, « on promène, dit-il, lentement et profondément le » crayon de nitrate d'argent dans le sillon malade, de « manière à bien cautériser les parties ulcérées et les fongo- « sités. » Il termine son pansement par une application de

diachylon sur toute l'étendue de l'ongle. Il continue à faire des cautérisations semblables à plusieurs jours d'intervalle, jusqu'à ce qu'il ait obtenu une eschare sèche et solide. Le pansement de diachylon est maintenu jusqu'à la chute de l'eschare.

Le nitrate de plomb paraît avoir donné des succès réels entre les mains d'un certain nombre de chirurgiens, notamment entre celles de Vanzetti et de Rizzoli. Après l'excision de la partie décollée de l'ongle, on applique le nitrate de plomb pur, en poudre; il se produit une eschare qui tombe au bout de quelques jours. On est souvent obligé de renouveler plusieurs fois cette application. Le perchlorure de fer, employé par quelques praticiens dans le but de durcir les chairs, et de les rendre ainsi moins vulnérables, a également donné de bons résultats.

3° **Procédés qui ont pour but la destruction combinée de l'ongle et des parties molles.**

Malheureusement les nombreux procédés que nous venons de passer en revue ont tous le tort d'amener très rarement une guérison définitive. C'est qu'en effet tous respectent la matrice unguéale. La partie génératrice de l'ongle existe toujours. L'ongle repoussera donc et les mêmes phénomènes pathologiques se reproduiront presque infailliblement.

Des moyens curatifs en grand nombre ont été mis en usage pour éviter les récidives. Tous s'attaquent non seulement à l'ongle, mais aussi à la matrice. Les uns détruisent la matrice de l'ongle en totalité, ce sont ceux qui méritent réellement le qualificatif de radicaux; d'autres la suppriment en partie et

pour ce fait ne présentent pas évidemment les mêmes garanties de succès. Parmi les chirurgiens qui s'adressent à la matrice de l'ongle, les uns comme Boyer, employant la compression, cherchent à provoquer la réunion des parois du sillon; d'autres détruisent la matrice avec le bistouri, d'autres enfin avec des caustiques.

Boyer propose après l'arrachement de l'ongle : « de pro-« duire l'adhérence des parois du sillon qui reçoit la racine « de l'ongle, et de l'effacer entièrement par la compression. « On exerce cette compression au moyen d'un tampon de « charpie, que l'on fixe avec une bandelette de diachylon « gommé et une bande roulée. » Atrophier l'organe générateur est le but qu'il se propose.

Le premier, qui ait cauterisé avec le fer rouge la matrice de l'ongle, est Larrey. Après s'être contenté assez longtemps d'arracher seulement l'ongle, il en arriva à porter ses efforts sur la partie génératrice de cet organe. « On commence, dit « Malgaigne, qui a exposé ce procédé, par arracher la portion « d'ongle incarné suivant le procédé de Dupuytren, après quoi « on enlève avec le bistouri la portion de matrice correspon-« dante, et enfin on cautérise la plaie avec le fer rouge. »

Labat, de même que Larrey, se sert du fer rouge; mais il modifie et simplifie complètement le procédé employé par ce dernier. Il porte une lame de fer rouge grosse de deux lignes, sur la matrice de l'ongle, à quatre lignes en arrière du point où celui-ci sort de dessous la peau, et de manière à donner à la brûlure une direction en arc de cercle, coïncidant avec celui que forme l'ongle. L'orteil est alors recouvert de cataplasmes laudanisés et au bout de quelques jours les eschares se détachent. L'ongle prend une couleur jaunâtre, se racornit et tombe de lui-même pour ne plus croître.

Les caustiques ont été employés non seulement contre le

bourrelet plus ou moins saillant que forment les fongosités, mais aussi dans le but de détruire la matrice de l'ongle. C'est ainsi que Wanderback, Krener ont recouru avec succès, dans des cas où d'autres moyens avaient échoué, au procédé suivant : Après avoir circonscrit tout le bord incarné dans une fenêtre de diachylon, ils appliquaient une très faible quantité de potasse caustique sur les tissus, de manière à détruire, après trois applications, et les chairs fongueuses et la portion d'ongle correspondante, y compris la matrice.

Seimé se sert également de potasse caustique ; mais son procédé diffère un peu du précédent. Il applique dans la gouttière formée par le bord de l'ongle et les chairs une petite mèche composée de brins de charpie, un peu plus longs que l'ongle et imprégnés de potasse caustique liquide. L'appareil est levé deux heures après et remplacé par un cataplasme émollient. Le lendemain l'eschare est formée ; la partie frappée de mort est excisée avec des ciseaux, sans aucune douleur. Il termine son traitement par un pansement simple.

Sommé remplace la potasse caustique par l'alun. Son procédé consiste à enlever la partie incarnée de l'ongle et à cautériser avec l'alun les chairs sous-jacentes. L'auteur recommande d'enlever chaque jour la croûte formée par l'alun, dans la crainte que le séjour du pus au-dessous d'elle n'entretienne l'ulcère et les douleurs.

Dans un article paru le 29 mai 1869 dans le journal *The lancet*, le Dr Norton, de Londres, donne un procédé, qui n'est qu'une reproduction légèrement modifiée du procédé de Seimé. Il emploie une solution de potasse dans les proportions de 3 grammes pour 30 grammes d'eau. Il introduit le bourdonnet de coton saturé de cette solution entre la face supérieure de l'ongle et les chairs. « La solution pénètre,

« dit-il, la substance de l'ongle, en ramollit et transforme en « une sorte de pulpe les cellules superficielles. Le coton est « maintenu dans un état d'humidité continuelle à l'aide « de lotions fréquentes, et chaque matin on absterge la por- « tion du tissu de l'ongle qui se trouve ramollie. Au bout « d'un petit nombre de jours, l'ongle devient mince et flexi- « ble, et l'on peut alors aisément et sans douleur en retran- « cher la quantité que l'on juge à propos. » Pour empêcher toute récidive il continue plusieurs jours de suite ses applications de solution de potasse sur les chairs mises à nu.

Bonnet, de Lyon, emploie successivement le caustique de Vienne et le chlorure de zinc. Après avoir enlevé la partie d'ongle enclavée et détruit superficiellement les chairs malades, par une application de cinq minutes de pâte de Vienne, il place sur l'eschare ainsi formée un morceau de pâte de chlorure de zinc, qu'il laisse en place pendant vingt-quatre heures consécutives.

Didiot, préconise un procédé qui n'est qu'une modification de celui de Bonnet. Il ne se sert que de la pâte de Vienne. Après avoir cautérisé les parties molles du bord malade et le bord unguéal, à l'aide de la pâte de Vienne, et après la chute de l'eschare et l'excision du bord incarné, il cautérise le fond de la rainure jusqu'à la racine.

Scoutetten unit l'action du bistouri à celle du caustique. Voici comment Donzel, dans sa thèse inaugurale, décrit son procédé : « L'opérateur porte la pointe d'un bistouri droit vers « la partie postérieure de l'ongle, à deux lignes du bord « malade ; il fait à la peau une incision longitudinale de « quatre lignes, qui la divise d'arrière en avant jusqu'au point « où l'ongle apparaît. Pour empêcher le rapprochement des « lèvres de la plaie, le chirurgien introduit une boulette de « charpie. On entoure l'orteil d'une compresse et on attend

« jusqu'au lendemain pour appliquer dans l'écartement des « lèvres une petite couche de pâte caustique. Deux heures « après, on lave le pied. » Les eschares se détachent et tombent au bout de quelques jours. Les portions d'ongle frappées de mort sont entraînées par la partie saine qui continue à croître. La guérison demande de vingt à vingt-cinq jours.

Sédillot ne se contente pas d'une simple incision : « Je « cerne, dit-il, avec la pointe d'un bistouri la portion de la « matrice unguéale que je veux détruire et que j'enlève avec « les chairs fongueuses. J'éponge le sang, et j'introduis dans « la plaie un peu de caustique de Vienne jusqu'à la forma- « tion d'une eschare plus ou moins épaisse suivant les indi- « cations.

Nous ne pouvons terminer cette longue liste de procédés, qui emploient les caustiques pour obtenir une cure radicale, sans parler d'une méthode de traitement préconisée par M. Michel, autrefois professeur à l'école de Strasbourg.

Dans l'onyxis latéral ou bilatéral, il commençait, après avoir soumis son malade au chloroforme, par pratiquer l'avulsion du ou des bords incarnés de l'ongle, ne laissant ainsi, dans ce dernier cas, que sa partie médiane. La matrice unguéale, mise alors à nu, était cautérisée énergiquement à l'aide d'un crayon de caustique de Filhos. Un peu de charpie, poussée jusque dans la rainure unguéale, faisait ensuite tous les frais du pansement. Une eschare ne tardait pas à se former; quinze jours environ après l'opération on constatait sa chute. Les parties cautérisées bourgeonnaient et une cicatrice fibreuse, assez résistante se formait. Cette opération pratiquée sur un assez grand nombre de malades aurait amené une guérison complète sans récidive.

Nous arrivons enfin aux procés vraiment chirurgicaux, à ceux dans lesquels le bistouri seul entre en jeu. Dupuytren,

dont nous avons donné le procédé d'avulsion de l'ongle, n'hésitait pas à s'attaquer à la matrice elle-même, toutes les fois qu'il était en présence d'un onyxis un peu grave. « Je « pratique, dit-il, à l'aide d'un bistouri droit, une incision pro- « fonde et demi circulaire, à trois lignes au delà du repli de « la peau qui supporte l'ongle à son origine ; cette incision « est dirigée parallèlement à ce repli qu'elle entoure et cerne « en quelque sorte dans sa totalité ; alors, je relève le lam- « beau d'arrière en avant avec des pinces à disséquer, et je « détache avec le bistouri toute la peau qui était en rapport « avec l'ongle et qui concourait à sa production. »

Le procédé de Baudens n'est qu'une modification de celui de Dupuytren : Prenant un bistouri à lame droite et le tenant comme pour tailler une plume, il plonge le tranchant de l'instrument un peu au-dessus de la matrice, l'engage sous l'ongle, et, « d'un seul temps, dit-il, par une flexion des » doigts qui tiennent le bistouri, j'emporte toute la portion » cornée dans les chairs, ainsi que les fongosités qui la » recouvraient. »

Th. Anger pratique l'ablation partielle de l'ongle et celle des fongosités d'un seul coup, comme Baudens, puis il termine l'opération par une autoplastie. Il taille par transfixion, dans les tissus sains, sur la partie latérale de l'orteil, un petit lambeau antéro-postérieure de huit à dix millimètres de largeur ; puis il applique ce lambeau sur la partie dénudée de la phalange et le fixe en place au moyen d'une bandelette de diachylon, de manière à obtenir la réunion immédiate.

Un des procédés les plus employés de nos jours est celui de Follin ou celui de Gosselin. Le premier est en quelque sorte le complément de celui de Dupuytren. Follin commence par faire deux incisions antéro-postérieures portant sur l'ongle, le derme sous-unguéal et sur les parties molles en

dehors du bourrelet, et deux incisions transversales portant à six ou sept millimètres en arrière du repli cutané et en avant du bord antérieur du derme sous-unguéal. Par ces quatre incisions il dessine ainsi sur le côté de l'orteil un quadrilatère allongé comprenant le bourrelet fongueux, la rainure ulcérée, le derme sous-unguéal et la partie correspondante de la matrice de l'ongle. Ceci fait, il excise alors le tout en rasant l'os autant que possible.

Dans le cas d'onyxis double, total, il pratique la même opération, mais en l'étendant au derme sous-unguéal tout entier.

Le procédé de Gosselin ne diffère pas sensiblement du précédent, si ce n'est que préalablement on arrache l'ongle en totalité; aussi passerons-nous sa description sous silence pour arriver de suite au procédé préconisé par M. Quénu, chirurgien des hôpitaux de Paris, pour les cas d'onyxis bilatéral.

C'est, nous l'avons dit, ce procédé tout nouveau « tran-» chant un point controversé d'anatomie » suivant les paroles de M. Reclus, qui nous a donné l'idée de faire notre thèse sur le traitement de l'ongle incarné. Aussi, nous étendrons-nous sur sa description et sur les avantages qu'il présente.

Aux observations rapportées par M. Quénu, dans sa communication à la Société de Chirurgie, dans sa séance du 13 avril, aux deux observations fournies par M. Reclus, nous en ajoutons deux nouvelles prises dans le service chirurgical de l'hôpital maritime de Rochefort.

M. Quénu, convaincu que toutes les cellules de la surface du derme sous-unguéal ne sécrètent pas de l'ongle, que les cellules postérieures seules jouissent de cette propriété spéciale, enlève la région lunulaire et rétro-lunulaire, sans toucher au derme sous-unguéal, situé en avant de la lunule.

Voici en quoi consiste son procédé : Après avulsion de l'ongle, il fait une incision transversale tangente à la lunule et située à sa partie antérieure. Cette première incision dépasse de chaque côté légèrement les bourrelets fongueux. Des extrémités de cette incision, il fait partir deux autres incisions antéro-postérieures, longitudinales, d'une longueur de deux centimètres environ, prolongeant, pour ainsi dire, sur la face dorsale de l'orteil les bords latéraux de l'ongle.

Il pratique alors au fond de la gouttière unguéale, dont il soulève la lèvre superficielle avec une pince, une nouvelle incision transversale, qui, avec la première et les extrémités des deux longitudinales, forment un rectangle circonscrivant toute la matrice de l'ongle qu'il réséque.

Il dissèque ensuite avec soin jusqu'à son insertion postérieure le lambeau dorsal dont il avive le bord libre d'un coup de ciseau. Voici quel est alors l'aspect de la région : « En « allant d'avant en arrière, dit M. Reclus, on trouve d'abord « le derme sous-unguéal, privé de son ongle, mais intact jus- « qu'à la lunule, puis une perte de substance qui correspond « à la lunule, et au-dessus de la gouttière rétro-unguéale « enlevée, enfin un lambeau de peau flottant. »

M. Quénu termine son opération en exerçant une légère traction sur son lambeau, de façon à l'appliquer sur la perte de substance qu'il comble ainsi, et à amener son bord libre au contact du derme unguéal respecté. Deux points de suture latéraux faits avec des poils de crin de Florence maintiennent le lambeau en place. « Dans certain cas, dit M. Quénu on « pourrait être tenté de suturer le bord antérieur du lambeau au « bord postérieur du lit restant ; mais le derme de celui-ci est « généralement enflammé, et cette pratique ne nous a guère « réussi dans deux cas ; nous préférons ne mettre que des

« points de suture latéraux au risque de laisser un petit sillon « transversal se combler par seconde intention. »

L'opération une fois achevée, il applique un pansement au protective et à la ouate de bois au sublimé. Il laisse ce pansement en place quatre ou cinq jours en moyenne, se réservant de le renouveler plus tôt si le malade accuse de la douleur.

Nous croyons de notre devoir de reproduire *in extenso* les observations des opérations rapportées par M. Quénu et faites à l'hôpital Baujon dans le service de M. Cruveilhier, qu'il suppléait. Nous avons puisé ces observations dans les bulletins et mémoires de la Société de chirurgie parus au mois de mai dernier.

Observation I.

Laurent, vingt-trois ans. Souffre beaucoup d'un ongle incarné (pied droit), l'ongle est incarné en dehors; il y a là un sillon profond et ulcéré.

Opération le 12 novembre, par M. Récamier, interne du service; en outre, grattage des fongosités, pansement, protective et ouate de bois au sublimé.

Premier pansement le 16 novembre. Les parties latérales du lambeau sont réunies par première intention, il reste une petite perte de substance entre le bord antérieur du lambeau et le derme sous-unguéal respecté.

Deuxième pansement le 22 novembre.

Troisième pansement le 25 novembre. La réunion est partout complète. Le malade sort guéri, le 29. Le derme sous-unguéal a déjà durci, il a pris un aspect blanchâtre.

Observation II.

Kalpfein, vingt ans. Ongle incarné et très dévié (pied gauche), derme très ulcéré autour de l'ongle.

Opération le 12 novembre, par M. Récamier, interne du service. Pansement au protective et à l'ouate de bois.

Premier pansement le 16 novembre. Les bords latéraux sont déjà réunis.

Deuxième pansement le 22 novembre. Il reste un petit sillon entre le bord antérieur du lambeau et le lit de l'ongle restant.

Le malade, qui se lève depuis le 16, malgré nos recommandations, sort volontairement le 24 novembre.

Observation III.

Marie Jounet, trente ans. Est entrée à l'hôpital pour un traumatisme. Souffre de ses gros orteils depuis deux ans et demi. Les bords des ongles sont recouverts par de véritables tumeurs bourgeonnantes.

Opération le 16 novembre, sur les deux pieds, par M. Demars, interne du service,

19 Novembre. Réunion.

29 Novembre. La réunion s'est bien maintenue et la guérison est complète.

Observation IV.

Mlle Hortmann, vingt-un ans. Ongle incarné double aux deux pieds.

Opération le 12 septembre. Le pied gauche est opéré par le procédé Follin.

Le droit par mon procédé. Pendant la nuit, le pied droit saigne abondamment.

13 Septembre. On renouvelle le pansement.

21 Septembre. Deuxième pansement.

2 Octobre. Réunion pour le pied droit.

Le pied gauche n'est complètement cicatrisé que quinze jours après. La malade est revenue un soir, le 8 février 1886. Depuis sa sortie de l'hôpital, elle n'a pas un instant souffert d'aucun pied. Voici quel est l'état de chaque orteil :

Du côté gauche, il existe à la place de l'ongle une petite surface cicatricielle irrégulière avec des sillons qui entourent cette pellicule, cicatricielle et mince; il me suffit de la gratter légèrement avec l'ongle pour faire apparaître une goutte de sang.

Du côté droit, la peau de la face dorsale se continue insensiblement avec une lame cornée qui occupe l'emplacement de l'ongle et en rappelle assez bien la forme, mais rapetissée; nous enlevons deux ou trois lamelles de ce tissu corné avec un bistouri pour les soumettre à l'examen microscopique.

Observation V.

Raffy, dix-sept ans. Souffre beaucoup des deux gros orteils depuis quatre mois, la peau est très ulcérée et fongueuse tout autour des ongles.

Mauvais état général, strume et abcès, abcès froids ganglionnaires des deux côtés du cou.

Opération le 3 octobre. — Suture, du lambeau au derme sous-unguéal, pansement à l'iodoforme et à l'ouate de bois.

11 Octobre. — Ulcération de la matrice, dermite intense.

18 Octobre. — Le derme reste comme boursouflé et irrité. Nous supprimons le pansement à l'iodoforme et nous le remplaçons par du protective. Les bourgeons exubérants sont cautérisés au nitrate d'argent.

25 Octobre. — Le pied gauche est guéri; nouvelle cautérisation du pied droit au nitrate d'argent, et pansement tous les deux jours.

Observation VI.

Chabone, seize ans. Les ongles des deux gros orteils sont très fortement incarnés.

Opération le 1er octobre. La réunion est faite latéralement et antérieurement. Pansement à l'iodoforme et à la ouate de bois.

Premier pansement le 9 octobre. — Réunion complète là où les surfaces ont été en contact; légère ulcération du derme sous-unguéal aux deux pieds.

Deuxième pansement le 15 octobre. — Le derme sous-unguéal est très ulcéré et saignant; on remplace la gaze iodoformée par du protective. Alors les ulcérations se rétrécissent, et quinze jours après le malade sort guéri.

Nous avons revu le malade dans les premiers jours de février; il ne souffrait d'aucun pied. Aucune trace d'ongle sur les gros orteils.

M. Reclus a déclaré dernièrement à la Société de chirurgie qu'il peut ajouter deux nouvelles observations personnelles à celles de M. Quénu: « Le résultat des operations a été, dit-il, excellent. »

Nous arrivons maintenant aux observations prises dans le service chirurgical de l'hôpital maritime de Rochefort.

Observation I.

Allaire-Aristide, vingt ans, fourrier ordinaire aux équipages de la flotte. — A déjà subi, le 22 août 1886, l'arrachement simple de l'ongle par le procédé de Dupuytren.

Fait une seconde entrée à l'hôpital le 10 avril 1887, pour la même affection.

Incarnation bilatérale de l'ongle du gros orteil gauche, derme

très ulcéré et fongueux autour de l'ongle. Le malade dit avoir recommencé à souffrir de cet orteil, il y a deux mois et demi.

12 Avril. — Opération par le procédé de M. Quénu, après avoir endormi le malade par le chloroforme. On suture, avec des crins de Florence, les angles antérieurs du lambeau avec les parties latérales du lit de l'ongle. Pansement au protective et à la ouate.

14 Avril. — Le malade n'accuse aucune douleur.

18 Avril. — Le pansement est défait. Réunion par première intention du lambeau dans sa totalité. On renouvelle le pansement.

30 Avril. — Guérison complète.

Observation II

Aurambout Gilbert, vingt-trois ans. Soldat au 3me d'infanterie de marine.

Entré à l'hôpital le 19 avril 1887. — Souffre depuis à peu près trois semaines d'un ongle incarné bilatéral au gros orteil. C'est sa première atteinte

20 Avril. — Opération sous le chloroforme par le procédé de M. Quénu. Pansement, protective et ouate.

22 Avril. — Le malade dit n'avoir pas souffert depuis le moment de l'opération.

23 Avril. — N'a pu dormir la nuit précédente par suite de douleurs vives dans l'orteil opéré. Le pansement est défait; on constate la réunion des bords latéraux du lambeau et une légère ulcération de la matrice de l'ongle sous le bord antérieur dont la réunion n'est pas faite. Le pied présente un léger gonflement, quelques traînées rouges de lymphangite parcourent sa face dorsale. Engorgement de quelques ganglions de l'aîne. Pansement avec un linge enduit de vaseline, par-dessus, pansement de Lister.

27 Avril. — La douleur n'existe plus depuis deux jours. Les différents symptômes morbides ont disparu. La réunion du lambeau est complète. Application du premier pansement.

7 Mai. — Guérison complète.

CHAPITRE III

Considérations générales sur les différents traitements.

Faire un choix parmi les nombreux procédés que nous venons de passer en revue est chose difficile. Leur multiplicité prouve les efforts qu'ont faits les chirurgiens de tout temps pour arriver à lutter contre des insuccès nombreux.

Vouloir, pour tous les cas d'ongle incarné, appliquer un traitement unique, serait illogique. Ce serait, de parti pris, se mettre en butte à bien des mésaventures. Le devoir de tout praticien est évidemment de chercher toujours quelque chose de mieux, remplissant les meilleures conditions possibles pour atteindre le but qu'il se propose.

Il est rarement donné au chirurgien de donner, au sujet de l'affection qui nous occupe, des conseils d'hygiène. Il est, en effet, des moyens prophylactiques que l'on peut opposer à l'incarnation de l'ongle. Ces moyens consistent à couper l'ongle carrément, à prendre des soins de propreté minutieux, à surveiller les moindres irritations du derme, et, dans ce cas

surtout, à éviter la marche, la fatigue, la station longtemps prolongée. Choisir avec soin sa chaussure qui ne doit être ni trop grande, ni trop petite, ne doit pas comprimer le pied, ni le laisser trop à l'aise, est certainement un des points les plus importants dans la prophylaxie de l'ongle incarnée. Malheureusement ces précautions hygiéniques sont parfois, chez certaines personnes, absolument incapables d'empêcher l'incarnation de l'ongle.

En présence d'un ongle incarné, nous devons nous demander, suivant le degré de la lésion, quelle décision nous prendrons.

Recourrons-nous à un des procédés de la première classe ? Agirons-nous sur l'ongle seul ? Le rétrécirons-nous ? Soulèverons-nous son bord malade ? Nous croyons fermement que les guérisons par ces moyens ne sauraient se rapporter qu'à des cas pris dès le début. Mais si nous nous trouvons en présence d'un de ces cas, nous n'irons pas, c'est certain, pratiquer une opération complexe.

Si nous avions affaire à une incarnation à son début, nous nous adresserions volontiers aux méthodes de douceur, c'est-à-dire à l'isolement simple de l'ongle et des parties molles. Nous emploierions, de préférence, les simples applications de charpie ou de toute autre substance souple et molle. Nous modifierions en même temps l'ulcération et les fongosités, alors à peine apparentes, par des attouchements avec la teinture d'iode ou le perchlorure de fer, ou bien par des applications d'alun ou de tannin.

Ce procédé serait même à employer au besoin pour des incarnations un peu plus prononcées. Mais il faut alors avoir affaire à des sujets ayant le temps de se soigner et la possibilité de rester un mois et demi à deux mois sans marcher ou en ne marchant que très peu.

Il faut bien savoir, en effet, qu'en usant de ce moyen on n'a quelques chances de succès qu'autant que les malades gardent le repos et suivent scrupuleusement le traitement qu'on leur a prescrit. Cependant il ne faut pas se le dissimuler : le malade, traité par ce procédé, est toujours sous le coup d'une récidive.

Mais nous laisserons certainement de côté tous ces appareils spéciaux, compliqués, infidèles, tels que : plaques métalliques, agrafes, qui ne sauraient donner de bons résultats. Ces procédés sont excessivement longs, et surtout fort douloureux, beaucoup plus douloureux que l'interposition d'un corps souple, et de même que ce dernier moyen, ils ont également le tort de ne pas offrir une chance certaine de succès.

Si, au lieu de nous trouver en présence d'un ongle incarné bénin, présentant peu ou point de fongosités, chez lequel l'ongle n'occasionne que de la gêne et non la douleur pongitive si bien connue des malades, nous nous trouvions en face d'une incarnation grave, avec ulcérations profondes, alors ce serait à d'autres moyens que nous aurions sûrement recours. Quand l'incarnation a atteint un degré avancé, l'intervention chirurgicale est alors indispensable.

Détruire les fongosités et respecter l'ongle, c'est laisser dans la plaie la cause même du mal, qui ne tardera pas à se reproduire. Que l'on emploie l'excision, la cautérisation ou l'autoplastie, nous regardons cette méthode, qui ne s'adresse uniquement qu'aux parties molles, comme une méthode à rejeter. Sans parler, en effet, de la douleur inhérente à chacun de ces procédés, la cicatrice, très longue à se former, résistera-t-elle aux pressions de l'ongle qui continue à croître ? La pression des chaussures, en relevant les chairs, n'amènera-t-elle pas des récidives ? Ne pourra-t-il pas s'élever des fongosités, qu'on s'efforcera de réprimer sans doute, mais

qui reproduiront tôt ou tard l'ongle incarné ? Aussi, rejettons-nous ces procédés, car l'ongle, en repoussant, s'incarnera bientôt, quoi qu'on fasse.

Enlever l'ongle en ménageant les parties molles, faire l'arrachement simple, soit partiel, soit total, ôter ainsi le corps qui joue le rôle d'épine irritante et laisser à l'ulcération fongueuse le temps de se cicatriser, avant que la lame cornée ait eu le temps de repousser, c'est peut-être débarrasser le malade pour un temps ; mais l'ongle repoussera fatalement, puisqu'en l'enlevant, on ne détruit pas sa matrice ; d'où une récidive presque inévitable.

Cette méthode a cependant un avantage réel. Elle est relativement peu douloureuse, et est suivie d'une guérison très prompte. Dans bien des cas, lorsqu'elle a été mise en pratique sur des individus ayant dépassé l'âge adulte, elle a amené une cure radicale. On sait, en effet, que la tendance à la reproduction de l'ongle incarné finit par disparaître, l'adolescence une fois passée.

Ce procédé, qu'on peut appliquer avantageusement sur des hommes ayant dépassé l'adolescence, ne peut servir à de jeunes sujets, sous peine de s'exposer à une récidive absolument fatale. « Je me rappelle, dit Gosselin, à ce sujet, avoir » vu, dans le service de Velpeau, un certain nombre de » malades, qui revenaient au bout de peu de temps, pour » subir une seconde, troisième ou quatrième fois l'opération. »

Nous nous trouvons donc en présence des différents procédés de destruction combinée de l'ongle et des parties molles, de ceux qui, s'adressant à la matrice de l'ongle, doivent seuls amener une cure vraiment radicale.

La compression, employée par Boyer, nous paraît devoir être infidèle dans bien des cas. En effet, comment graduer

cette compression ? Trop faible, l'ongle se reproduit ; trop forte, il peut y avoir gangrène.

A Wanderback, à Krener et à tous ceux qui emploient la potasse caustique, nous reprocherons de s'exposer à produire des eschares par trop considérables, à ouvrir l'articulation, ainsi qu'il en existe malheureusement des exemples.

Nous reprocherons également à la cautérisation par le fer rouge d'être parfois infidèle. Il est bien difficile de cautériser par ce moyen le fond même de la rainure postérieure et la lunule, qui présente une épaisseur relativement considérable, de façon à détruire complètement toutes les cellules génératrices de l'ongle.

Restent enfin les procédés vraiment chirurgicaux, dans lesquels le bistouri joue le seul rôle dans la cure radicale.

Les procédés de Dupuytren, de Baudens, de Follin, de Gosselin, détruisent tout le derme sous-unguéal ; or, nous avons vu que M. Quénu a démontré expérimentalement qu'il n'est pas utile, pour éviter toute récidive, d'enlever tout le lit de l'ongle. De plus, ces procédés laissent, après leur application, une cicatrice, qui, par la tendance qu'elle présente à s'ulcérer au moindre contact un peu rude, offre pour l'opéré un danger constant.

Nous pouvons dire enfin, que le procédé de M. Quénu a toutes nos préférences. Les avantages qu'il offre le mettent, à notre humble avis, bien au-dessus de tous les autres, pour la cure de l'onyxis bilatéral. On lui reprochera, comme nous l'avons entendu dire, qu'il est long, minutieux, trop compliqué, en un mot, pour une affection aussi bénigne, qu'il met, plus que tout autre, le malade en butte aux accidents consécutifs des plaies, en créant une plaie relativement large au milieu d'un tissu très riche en lymphatiques.

Ce sont, il nous semble, des considérations qui ne doivent

pas être mises en jeu, en présence des résultats que ce procédé nous donne.

Les moyens antiseptiques, que nous possédons actuellement, doivent détruire toute crainte sur l'existence de la plaie faite ainsi par le chirurgien. Les différentes méthodes d'excision, d'autoplastie et même la simple avulsion de l'ongle présenteraient du reste sous ce rapport les mêmes inconvénients. N'ouvrent-elles pas toutes une porte aux agents extérieurs? Ne déterminent-elles pas toutes un traumatisme, plus ou moins violent, il est vrai, mais qui n'en existe pas moins, sur ce tapis épais de lymphatiques? Ne voyons-nous pas, en effet, de temps en temps des malades auxquels on arrache simplement l'ongle, être pris, a la suite de cette simple opération, de lymphangite, d'angioleucite, d'erysipèle? Et, les accidents passés, l'ongle repousse, s'incarne de nouveau et l'opération est à refaire.

Arracher l'ongle tout entier, dira-t-on, et s'opposer à ce qu'il repousse, c'est d'abord enlever au pied, un grand auxiliaire pour la marche, à l'orteil une protection efficace, et exposer le derme sous-unguéal à un contact direct avec la chaussure, contact qui ne doit pas être sans inconvénient.

A ceci nous répondrons, que, pour tous les procédés qui ont pour but la destruction de la matrice, c'est-à-dire, pour tous les procédés radicaux, le même inconvénient existe. Or, dans le procédé de M. Quénu, cet inconvénient est du moins en partie corrigé, puisque le lambeau autoplastique recouvre la partie postérieure du derme sous-unguéal, tandis que les deux tiers antérieurs du lit de l'ongle se recouvrent d'un épiderme corné, résistant, en tous cas, bien plus qu'un fragile tissu de cicatrice, toujours prêt à se rompre et à s'ulcérer.

Outre les garanties les plus incontestables contre toute chance de récidive, ce procédé a encore pour lui une guéri-

son rapide, l'anatomie des formes mieux conservée. C'est assurément à lui que nous aurons recours toutes les fois que nous nous trouverons en présence d'un onyxis bilatéral chez un sujet adulte.

Cette méthode autoplastique ne peut-elle pas également s'appliquer à l'onyxis unilatéral ? M. Quénu déclare que, dans ce cas, il préfère le procédé de Th. Anger. Il a essayé, nous dit-il lui-même, d'appliquer son mode opératoire à l'onyxis unilatéral en modifiant légèrement celui de Th. Anger. Son lambeau, au lieu de s'avancer jusqu'au bord libre de l'ongle, s'arrêtait au bord antérieur de la lunule : « mais je dois reconnaître, ajoute-t-il, que le lambeau ainsi obtenu est trop minuscule. » Enfin, autre inconvénient, dans ce cas, il faut de toute nécessité faire un point de suture sur la partie toujours un peu enflammée du lit de l'ongle.

Pour ces différents motifs, nous croyons aussi que, pour l'onyxis unilatéral, le procédé autoplastique de Th. Anger, est préférable à celui de M. Quénu.

CONCLUSIONS

1° Les parties rétro-lunulaire et lunulaire constituent seules la matrice de l'ongle. Les cellules du derme sous-unguéal, situées en avant du bord antérieur de la lunule, ne concourent pas à la formation du limbe cornéal;

2° En présence d'une incarnation peu prononcée, les moyens de douceur, principalement les applications de charpie ou d'ouate, les attouchements des fongosités avec la teinture d'iode, l'alun, le tannin, le perchlorure de fer, pourront être employés avec avantage;

3° Pour un onyxis bilatéral grave chez un individu ayant dépassé l'âge adulte, on devra, tout d'abord, tenter la simple avulsion de l'ongle, soit par la spatule, soit par le procédé de Dupuytren; car ce moyen pourra alors déterminer une cure radicale;

4° Un onyxis grave, bilatéral, chez un adulte, devra être traité par la méthode radicale de M. Quénu.

5° Nous croyons que cette méthode doit être rejetée dans le cas d'onyxis unilatéral. Le procédé de Th. Anger rendra, dans ce cas, de meilleurs services.

Vu bon à imprimer :
Bordeaux, le 16 juin 1887.
Le Président de la Thèse,
Dr DEMONS.

Vu : *Le Doyen*,
Dr PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 18 juin 1887.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

KOLLIKER..... *Histologie humaine*, 1856.
CORNIL ET RANVIER..... *Histologie*, 1884.
MOREL..... *Précis d'histologie humaine*, 1860.
RINDFLEISH..... *Traité d'histologie pathologique*, 1873.
ROBIN..... *Histologie*, 1864.
SAPPEY..... *Anatomie*, 1877.
GUILMOT..... *Journal de médecine militaire*, t. I, 1814.
LABARRAQUE..... Thèse de Paris, 1837.
HUET..... *Union médicale*, décembre 1860 et janvier 1863.
BLAQUIÈRE..... *Journal des sciences médicales*, 1824.
LONG..... *Gazette de Montpellier*, 1847.
GUYON..... *Gazette des hôpitaux*, 1862.
GAILLARD..... *Bulletin général de thérapeutique*, t. LXXII, 1867.
LEROY D'ETIOLLES..... *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 29 mai 1867.
MONOD..... *Union médicale*, 1880.
DUPUYTREN..... *Clinique chirurgicale*, t. III, 1883.
LARREY..... *Archives générales de médecine*, t. XXI.
LABAT..... *Annales de médecine physiologique*, 1835.
BONNET DE LYON..... *Traité pratique de la cautérisation*, 1856.
GOSSELIN..... *De l'onyxis ulcéreuse. Clinique chirurgicale*, t. I, 1873.
FOLLIN..... *Pathologie externe*, t. II.
LHERMINIER..... *De l'onyxis chronique*, thèse de Paris, 1862.
DUPONT..... *Procédé de Th. Anger*, thèse de Paris, 1873.
CACHET..... *Considérations sur l'onyxis*, thèse de Paris, 1874.

Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, mai 1887.
Dictionnaire de Jaccoud.
Dictionnaire de Dechambre.

Bordeaux, Imprimerie FAVRAUD.